

Je soussigné(e)

Docteur

Justifie que Mme, Mlle, Mr

Nécessite une rééducation nutritionnelle à l'Unité De Diététique :

En hospitalisation complète pour une durée de 4 semaines

Ou

En Hospitalisation Hôpital De Jour

Pour les motifs suivant :

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à, le

Signature et cachet du médecin

